



Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO - DEPENDENTE
SERVIDOR AFASTADO POR INTERESSE PARTICULAR / AUXÍLIO**

Eu, _____ servidor(a) público(a)
portador(a) do CPF: _____ solicito a Vossa Senhoria autorização
referente a minha Inscrição/manutenção ao Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do
Estado de Sergipe – IPESAÚDE tendo me afastado do serviço público estadual para o trato de
interesse particular/médico, conforme portaria n° _____/_____, consoante
autorizado por Lei n°5853/2006 e Resolução 127/2020.

DADOS DO DEPENDENTE:

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ CPF: _____

RG: _____ SSP: _____ Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone:() _____ E-Mail: _____

*É obrigatório o preenchimento de todos os campos e envio de toda documentação exigida para adesão.

**Documentos do titular: RG E CPF; Contracheque atualizado com desconto; comprovante de residência;

*** Documentos do dependente de acordo com cada tipo: Filha(o) menor de 18 anos, Filho Universitária (o) até 24 anos;
Filho Inválido; Esposa(o); Companheira (o); Enteada(o) menor de 18 anos; Enteada(o) Universitário (a) até 24 anos;
Tutelado.

****Estou ciente de que tal contribuição será feita mediante boleto bancário disponibilizado no site
www.ipesaude.se.gov.br todo 1º dia útil do mês subsequente à data abaixo, que a contribuição referente ao dependente
será de acordo com o especificado na Lei 8.101/2016 e somado no valor do boleto do titular.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Solicitante ou Responsável Legal.

* Os dados apresentados são de inteira responsabilidade do assinante.

ATENDENTE: _____